

# Osteoporosis transitoria migratoria de cadera. A propósito de un caso.

J. MORALES VALENCIA, M. BARRÉS CARSI, A. BALFAGÓN FERRER.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE, VALENCIA. ESPAÑA.

**Resumen.** La osteoporosis transitoria asociada a la gestación es una condición poco usual, idiopática y auto-limitada. Comúnmente asociada al tercer trimestre del embarazo y al periodo postparto; cursa con dolor migratorio en las articulaciones de carga, osteopenia radiográfica difusa periarticular y patrón de edema medular óseo en la RMN. Presentamos el caso clínico de una mujer de 28 años, en la semana 34 de gestación, que tras una leve caída presenta dolor y limitación funcional en miembro inferior derecho. En la RMN se evidencia edema óseo a nivel del extremo proximal de fémur derecho. Se trató de forma conservadora, mediante reposo y marcha con andador en descarga, programándose fijación profiláctica en quirófano. Al cabo de dos semanas de su ingreso, sin haber sido intervenida aún, inicia dolor en cadera contralateral. Se realiza nueva RMN donde se observa edema en cabeza y región intertrocanterica izquierda, con mejoría de los hallazgos previos en la cadera derecha. Se suspende tratamiento quirúrgico y se indica reposo absoluto con manejo expectante. A las 9 semanas de inicio del cuadro y 8 semanas postparto la paciente se encuentra asintomática y realiza su actividad diaria sin limitaciones. Un alto índice de sospecha y un diagnóstico precoz son la clave para evitar una fractura como resultado de la osteoporosis transitoria. La resonancia magnética es la mejor herramienta no invasiva para las mujeres embarazadas con dolor en la cadera. La detección temprana puede prevenir las complicaciones y evitar cirugías mayores.

## Transient migratory osteoporosis of hip. A case report.

**Summary.** Transient osteoporosis of the hip is a rare condition, idiopathic and self-limiting disease. This malady (complaint, disorder) is more common in the third trimester of pregnancy and postpartum. Characterized by migratory pain in bearing joints, periarticular osteopenia and diffuse radiographic pattern of bone marrow edema on MR. We report the case of a woman 28 years old, in the 34th week of her pregnancy, who after a fall, presents pain and functional limitation in her right leg. The MR showed bone edema at the proximal right femur. She was treated with rest and a walker, and she was scheduled for prophylactic fixation in the operating room in a few weeks. Two weeks after hospital admission, left hip started aching. A new MR showed edema in the head and intertrochanteric region of the left hip, with improvement of previous findings in the right hip. Surgical treatment was cancelled and bed rest was suggested as expectant management. At 9 weeks of onset of symptoms and 8 weeks postpartum, the patient was asymptomatic and performs daily activities without limitations. High index of suspicion and early diagnosis is the key to avoid fracture as a result of transient osteoporosis. Magnetic resonance imaging is the best non-invasive tool for pregnant women with hip pain. Early detection of the disease can avoid complications and major surgeries.

---

Correspondencia:  
J. Morales Valencia  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia  
Bulevar Sur, s/n.  
46026 Valencia.  
jmoralesvalencia@gmail.com

## Introducción

La osteoporosis transitoria de cadera (OTC) es un patología rara, generalmente autolimitada y de etiología desconocida; afecta principalmente a varones de mediana edad y mujeres jóvenes durante el tercer trimestre del embarazo, aunque se han descrito casos en el segundo trimestre, en el posparto y en la lactancia.

El cuadro clínico de la OTC no es específico, acostumbra a ser unilateral y de preferencia por el lado izquierdo; se caracteriza por dolor inguinal agudo, progresivo e incapacitante sin antecedente traumático. En el embarazo y en ausencia de una elevada sospecha clínica, los síntomas son malinterpretados inicialmente y suelen ser confundidos con lumbalgias o dolor de tipo mecánico, con demora del diagnóstico e incremento de la morbilidad.

Este proceso puede producirse en diferentes articulaciones ipsi o contralaterales de forma simultánea o sucesiva (lo que sucede entre un 10 y un 40% de los pacientes). En estos casos se denomina osteoporosis transitoria migratoria.

Presentamos el caso de una OTC de inicio en el lado derecho que progresivamente y tras mejorar clínicamente, se acompañó de un cuadro similar contralateral, por lo cual la describimos como migratoria.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 28 años, primípara y sin antecedentes destacables. En el noveno mes de gestación y tras una leve caída, inicia con dolor en región inguinal derecha, que aumentaba de intensidad al flexionar la cadera; a la exploración física presentaba dolor a la flexión mayor de 90 grados, sin limitación para las rotaciones. No existía déficit motor ni sensitivo y los reflejos osteotendinosos y cutáneos plantares eran normales. Se realizó una resonancia magnética (RM) que evidenció hipointensidad de médula ósea en T1 e hiperintensidad en secuencias T2 y STIR, en la región intertrocanterea y en la vertiente lateral de la cabeza femoral sugestiva de edema óseo (Fig. 1). Se trató de forma conservadora, mediante reposo, paracetamol y marcha en descarga con ayuda de bastones y se programó cirugía para realización de fijación profiláctica. Al cabo de 2 semanas presentó lenta mejoría de la sintomatología descrita, sin embargo, apareció dolor espontáneo en la región inguinal izquierda de iguales características que el dolor antes descrito en la cadera derecha. Se realizó nueva RM la cual se comparó con el estudio previo y se observó que había disminuido significativamente el edema de la cadera derecha y habían aparecido signos similares a los descritos inicialmente en la cadera izquierda, compatibles con osteoporosis transitoria bilateral de la cadera (Fig. 2).

Ante la mejoría de los hallazgos previos en la cadera derecha se decidió suspender la indicación de fijación profiláctica y aplicar terapia a base de reposo absoluto y actitud expectante en la cadera izquierda.

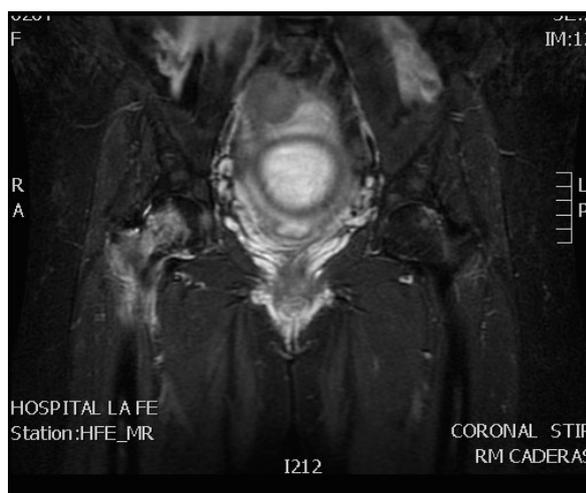


Figura 1. Imagen de RMN sugensiva de edema óseo cadera derecha.

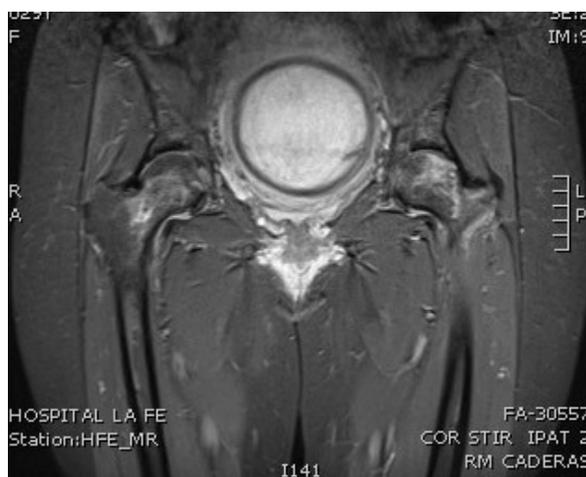


Figura 2. Signos similares en la cadera izquierda, compatibles con osteoporosis transitoria bilateral de la cadera.

Una semana después, tras una mejoría paulatina de los síntomas de forma bilateral, la paciente fue sometida a inducción del parto, el cual transcurrió sin incidencia alguna. Se inició la marcha de forma progresiva, con ligeras molestias y mejoría clínica evidente. Al alta se realizó seguimiento en consultas externas de traumatología a las 8 semanas del parto y 9 semanas de la última resonancia, encontrándose una paciente totalmente asintomática y sin medidas terapéuticas en ese momento. Se practica nueva RM que es absolutamente normal para ambas caderas (Fig. 3)

## Discusión

La osteoporosis transitoria es una enfermedad poco frecuente pero bien conocida, caracterizada por una osteoporosis progresiva regional, acompañada de dolor intenso en el área afectada. Se considera que es una enfermedad autolimitada con resolución espontánea de los síntomas<sup>1,2</sup>. La desmineralización transitoria fue des-

crita por primera vez hace 50 años aproximadamente, en 3 mujeres embarazadas, sin embargo, ambos sexos pueden verse afectados, siendo la cadera y la columna las localizaciones más frecuentes; en el varón presenta un pico de incidencia entre los cuarenta y sesenta años, con una relación 3:1 respecto a la mujeres, en las cuales presenta su mayor incidencia entre los veinte y cuarenta años, particularmente asociada al tercer trimestre del embarazo y la lactancia. Es también conocida como síndrome de edema transitorio de la médula ósea, osteoporosis regional migratoria, osteoporosis transitoria migratoria y distrofia simpático refleja de cadera<sup>3-6</sup>.

La etiología es desconocida y por eso se involucran diversos factores: químico, hormonal, genético, infeccioso viral, mecánico por microtraumatismos o microfracturas trabeculares por disminución de la masa ósea en el embarazo, neurovasculares por alteraciones circulatorias propias del embarazo y compresión del nervio obturador o del simpático pelviano por el útero grávido, sin embargo, el mecanismo más aceptado es el daño microvascular, el cual genera isquemia y edema de la médula ósea<sup>5</sup>.

La osteoporosis transitoria de cadera cursa con dolor periarticular, relatado habitualmente como dolor inguinal de irradiación crural, de carácter mecánico, que puede producir claudicación e incluso impotencia funcional; sin embargo, los hallazgos clínicos pueden ser escasos. No existe antecedente de traumatismo evidente, infección u otra patología asociada. Los síntomas alcanzan un acmé o punto máximo que se mantienen durante un tiempo y revierten gradualmente sin dejar secuelas durante los 3 a 12 meses posteriores a su aparición. Se ha descrito cierta preferencia por la cadera izquierda, supuestamente por la presentación cefálica del feto, que pudiera favorecer microtraumatismos repetidos en dicha zona. La afectación bilateral resulta más excepcional. De igual modo y como su nombre lo indica, se han descrito formas migratorias hacia la cadera, la rodilla, el tobillo y el pie, ipsi o contra laterales, ocurriendo esto en un tercio de los casos aproximadamente. Por su poca frecuencia, la osteoporosis transitoria del embarazo puede ser confundida con cuadros de lumbalgia mecánica o de dolor leve pelvi-crural al final del embarazo que curan de forma espontánea. Los huesos con osteoporosis transitoria pueden tener fracturas por fatiga, sobre todo fracturas subcapitales, que aunque raras, son la complicación más grave<sup>4,6,7</sup>.

Las pruebas de laboratorio son habitualmente normales excepto la VSG y los niveles de hidroxiprolina en orina, que se encuentran normalmente elevados en el tercer trimestre del embarazo. La aspiración del líquido articular no aporta información para el diagnóstico. La biopsia ósea puede no ser específica, muestra una combinación variable de edema medular óseo, cambios inflamatorios, reabsorción ósea, formación ósea, fibrosis, osteoporosis y necrosis medular, pero no necrosis ósea. Para la mayoría de los autores no debe realizarse, pues la enfermedad es autolimitada no requiere más

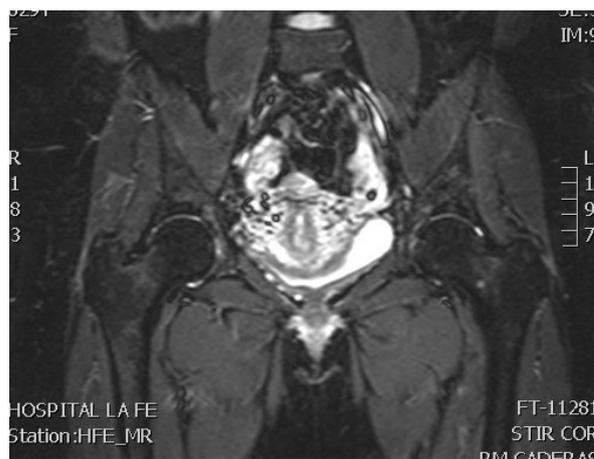


Figura 3. RMN normal en ambas caderas.

que de tratamiento conservador y la biopsia ósea es un procedimiento agresivo (invasivo, cruento). Los estudios radiológicos evidencian una desmineralización de la cabeza femoral sin afectación del espacio articular, que se puede extender al cuello femoral, trocánteres o incluso el acetábulo y las ramas pélvicas. Las radiografías iniciales pueden ser normales porque hay un periodo de ventana y la osteopenia radiológica se establece entre 3 y 6 semanas del inicio de los síntomas. La gammagrafía con tecnecio <sup>99m</sup> es sensible pero poco específica porque muestra la cadera como un área de hipercaptación más intensa que en la osteonecrosis. La ventaja es que no tiene un periodo de ventana. La RM es el método idóneo para el diagnóstico por su alta sensibilidad, especificidad y precocidad: es capaz de diagnosticar las alteraciones a las 48 h del inicio del cuadro clínico y consisten en una señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 sugestivas de edema medular óseo, a diferencia de la osteonecrosis que cursa con señal hipointensa en T1 y en T2<sup>1,3,4,8</sup>. Al revertir la enfermedad, la densidad ósea se recupera y las exploraciones complementarias se normalizan en pocos meses<sup>6</sup>.

El diagnóstico diferencial es esencial, incluye artritis séptica, lesiones malignas, alteraciones sinoviales, distrofia simpático refleja y osteonecrosis. En él desempeñan un papel importante la historia clínica, la exploración física, la localización y extensión de las lesiones y los datos de laboratorio. La necrosis avascular es el principal diagnóstico diferencial<sup>5,6</sup>.

El tratamiento de la osteoporosis transitoria generalmente es conservador, consiste en el control del dolor y la descarga de la extremidad afectada caminando con bastones o andador. La descarga disminuye el dolor e intenta prevenir la posible fractura de estrés. El tratamiento médico altera poco el curso de la enfermedad. El dolor responde mal a los antiinflamatorios no esteroideos y si parece beneficiarse de antirresortivos como la calcitonina y las bifosfonatos, que además de conseguir cierto efecto analgésico, en estudios recientes se ha visto que acortan la duración de la enfermedad y mejoran los parámetros densitométricos<sup>3</sup>. La re-

solución desde el punto de vista clínico y radiológico suele ser espontánea y sin secuelas entre los 3 y 6 meses después del parto.

La cirugía descompresiva de la cabeza femoral en el síndrome de edema medular óseo y en la osteoporosis transitoria de cadera mejora inmediatamente el dolor y la movilidad, acorta significativamente la duración de la enfermedad, permite un rápido retorno al trabajo, no suele tener complicaciones perioperatorias y elimina el riesgo de progresión a una necrosis avascular, por esto debería considerarse si los síntomas son intensos, prolongados e incapacitantes. En la osteoporosis transitoria migratoria los gestos quirúrgicos no previenen episodios en otras articulaciones y su tratamiento por lo tanto es conservador<sup>6</sup>.

Durante el parto hay riesgo de fractura de fémur por la posición de flexión y abducción utilizada en el periodo expulsivo, pero el parto vaginal no está contraindicado si se es cuidadoso en la colocación de la paciente<sup>3</sup>.

## Conclusión

Un alto índice de sospecha y un diagnóstico precoz son la clave para detectar la presencia de una OTC y así evitar una fractura patológica. Es importante para su diagnóstico temprano la utilización de las ayudas diagnósticas adecuadas, siendo la resonancia magnética la mejor herramienta no invasiva para las mujeres embarazadas con dolor en la cadera. La detección temprana puede también prevenir complicaciones como la osteonecrosis de la cabeza femoral, evitando secuelas y cirugías mayores como una artroplastía.

---

## Bibliografía:

1. Wood ML, Larson CM, Dahners LE. Late presentation of a displaced subcapital fracture of the hip in transient osteoporosis of pregnancy. *J Orthop Trauma* 2003; 17:582-4.
2. Ainaci O, Kerinoglu S, Ozturk C, Saracoglu M. Bilateral non-traumatic acetabular and femoral neck fractures due to pregnancy-associated osteoporosis. *Arch Orthop Trauma Surg* 2008; 128: 313-6.
3. Vallejo P, Camaño I, Gutiérrez M, Montañez D, Villar O, García A. Osteoporosis transitoria de cadera y gestación. *Prog Obstet Ginecol* 2010; 53:148-51.
4. Vergara-Ferrer A, Cornet-Flores B, Sevillano L. Osteoporosis transitoria del embarazo complicada con fractura subcapital de cadera: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2011; 55:215-19.
5. Mohammad JE, Hamid Reza A, Ali Reza K, Amir Reza V. Bilateral subcapital femoral neck fractures secondary to transient osteoporosis during pregnancy: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2012; 20:260-2.
6. Ramberde J. Osteoporosis transitoria migratoria. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2010; 54:179-82.
7. Bruscas Izu C, San Juan de la Parra S. Osteoporosis transitoria de ambas caderas en el embarazo. *Reumatol Clin* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.01.009>.
8. Cohen I, Melamed E, Lipkin A, Robinson D. Transient osteoporosis of pregnancy complicated by a pathologic subcapital hip fracture. *J Trauma* 2007; 62:1281-3.